



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด เรื่อง การมอบทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๐

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด มีความประสงค์จะมอบทุนการศึกษาแก่บุตรสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ประจำปี ๒๕๖๐ ตามรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การขอรับทุนการศึกษา

- ๑.๑. เป็นบุตรสมาชิกสหกรณ์ผู้กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ถึงระดับปริญญาตรี โดยสหกรณ์จะมอบทุนการศึกษาแก่บุตรสมาชิก ทุนละ ๗๕๐ บาท
- ๑.๒. บิดาหรือมารดาของผู้รับทุนต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ไม่น้อยกว่า ๑ ปี (นับถึงวันที่ยื่นใบสมัคร)
- ๑.๓. ผู้มีสิทธิ์สมัครขอรับทุนต้องเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม
- ๑.๔. ครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ ที่ได้รับทุนการศึกษา ในปี ๒๕๕๙ ไม่มีสิทธิ์รับทุนการศึกษาในปี ๒๕๖๐
- ๑.๕. สมาชิกหนึ่งครอบครัวสามารถยื่นขอรับทุนได้ ๑ ทุน (ใช้สิทธิ์บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเท่านั้น)
- ๑.๖. บุตรของคณะกรรมการสหกรณ์ฯ ไม่มีสิทธิ์ขอรับทุนการศึกษา
- ๑.๗. กรณีผู้ขอรับทุนมากกว่าที่จัดสรรไว้ สหกรณ์ฯ จะทำการจับสลากโดยอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการดำเนินการ
- ๑.๘. นอกเหนือจากหลักเกณฑ์ข้างต้นให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการดำเนินการ

๒. วันเวลา และสถานที่รับสมัคร

- ๒.๑. ขอและยื่นใบสมัครได้ที่ เจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยงานต้นสังกัด ของสมาชิกสหกรณ์หรือที่ทำการสหกรณ์ฯ (สำหรับสมาชิกในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางและบ้านนาญ ให้ยื่นได้ที่ทำการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด)
- ๒.๒. ยื่นใบสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ในวันและเวลาทำการ

๓. หลักฐานการขอรับทุนการศึกษา

- | | | |
|------|---|--------------|
| ๓.๑. | ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๒. | สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ขอรับทุน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๓. | สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรสมาชิกผู้ขอรับทุน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๔. | สำเนาเอกสารรับรองสถานภาพกำลังศึกษาอยู่ เช่น บัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษาที่ยังไม่หมดอายุ สมุดประจำตัวนักเรียน/นักศึกษา หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงว่ากำลังศึกษาในสถาบันนั้นๆ ในปีการศึกษา ๒๕๖๐ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๕. | สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ ประเภทออมทรัพย์/ออมทรัพย์พิเศษ (อนึ่งหากสมาชิกไม่มีบัญชีเงินฝากสหกรณ์ ให้ทำการเปิดบัญชี ณ ที่ทำการสหกรณ์) | จำนวน ๑ ฉบับ |

หมายเหตุ หากหลักฐานไม่ครบถ้วนจะไม่รับพิจารณา



ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
ประจำปี ๒๕๖๐

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

ระดับ ประถมศึกษา ป..... มัธยมศึกษา ม..... อนุปริญญา ชั้น..... ปริญญาตรี ปีที่.....
วันที่.....

๑. ชื่อบุตรที่ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษา (ด.ช./ต.ญ./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - อายุ.....ปี
๓. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....
๔. ปัจจุบันศึกษาอยู่ในระดับ.....ปีที่.....โรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย.....
.....อำเภอ.....จังหวัด.....
๕. ชื่อบิดา..... ไม่เป็น เป็น สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
เลขที่สมาชิก.....สังกัดหน่วยงาน.....
๖. ชื่อมารดา..... ไม่เป็น เป็น สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
เลขที่สมาชิก.....สังกัดหน่วยงาน.....
๗. การขอรับทุนใช้สิทธิ์ของ บิดา มารดา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....บิดาหรือมารดาที่เป็นสมาชิก
(.....)

คำรับรองของฝ่ายธุรการและการเงินของหน่วยงาน

- ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา
 สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา หรือมารดา
 สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรสมาชิกผู้ขอรับทุน
 สำเนาเอกสารรับรองสถานภาพกำลังศึกษาอยู่ เช่น บัตรประจำตัวนักเรียน/นักศึกษาที่ไม่หมดอายุ
สมุดประจำตัวนักเรียน/นักศึกษา หรือหลักฐานอื่นใดที่แสดงว่ากำลังศึกษาในสถาบันนั้นๆ ในปีการศึกษา ๒๕๖๐
 สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ ประเภทออมทรัพย์/ออมทรัพย์พิเศษ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ธุรการ/การเงิน
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานของบิดาหรือมารดา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา ส่งเสริมการศึกษา เป็นบุตรของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขลำปาง จำกัด จริง มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การรับทุนส่งเสริมการศึกษามูลนิธิ และมีความประพฤติ
เรียบร้อย สมควรได้รับไว้พิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ ๑. หลักฐานต่างๆ ประกอบใบสมัครหากไม่ครบถ้วนจะไม่รับพิจารณา
๒. หากตรวจสอบพบว่าท่านได้รับทุนการศึกษาปี ๒๕๕๙ ท่านจะไม่ได้รับการพิจารณาทุนการศึกษาปี ๒๕๖๐
๓. สามารถถ่ายเอกสารใบสมัครหรือดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.lphosaving.com